



**Universidad  
Católica  
de Valencia**  
San Vicente Mártir

**Facultad de Psicología**

**Grado en Psicología**

**Trabajo de Fin de Grado**

**Programa de Intervención basado en la aplicación  
de un Modelo Cognitivo Conductual y Centrado  
en el Sentido de la Vida en Enfermedad Renal  
Crónica**

**Presentado por: Pilar Casamayor Santiago**

**Tutor/a: María Sandra Pérez Rodríguez**

**Valencia, a 24 de Mayo 2019**

## SOLICITUD PARA LA PRESENTACIÓN Y DEFENSA DEL TRABAJO FIN DE GRADO

### DATOS DEL ALUMNO/A

APELLIDOS: Casamayor Santiago

NOMBRE: Pilar

D.N.I.: 48156231G

TÍTULO DEL TRABAJO: Programa de intervención basado en la aplicación de un Modelo Cognitivo Conductual y Centrado en el Sentido de la Vida en Enfermedad Renal Crónica.

CONVOCATORIA: 1º

Tras haber aprobado 198 ECTS del Grado en Psicología<sup>1</sup>:

SOLICITA que se le autorice la Defensa del Trabajo de Fin de Grado, bajo la dirección del profesorado que se indica a continuación:

### DATOS DEL PROFESOR/A

DIRECTOR/A: María Sandra Pérez Rodríguez

Como alumno/a de la Universidad Católica San Vicente Mártir de Valencia autoriza<sup>2</sup> por este escrito la publicación total o parcial de su trabajo de Fin de Grado para uso didáctico y académico.

En Valencia, a 24 de Mayo de 2019

Firmado: El/la alumno/a

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Pilar', enclosed within a large, loopy oval stroke.

---

<sup>1</sup> Excepto alumnos de Doble Titulación

<sup>2</sup> En caso de que no autorice la publicación total o parcial de su trabajo de Fin de Grado para uso didáctico y académico, indíquelo por escrito en este pie de página.

**Resumen:**

En el presente trabajo se pone en conocimiento una visión biopsicosocial para dar respuesta al mantenimiento de la enfermedad renal crónica (ERC), haciendo énfasis en las variables emocionales como factores de riesgo. Se explica un programa cognitivo-conductual para el control de variables psicológicas asociadas a la enfermedad, en el que se han combinado diferentes técnicas: psicoeducación, entrenamiento en relajación muscular progresiva y técnica respiración abdominal, regulación emocional, resolución de problemas y técnica basada en el autocontrol para el cambio de hábitos de vida. Asimismo, se muestra una nueva intervención dentro del programa basada en el Sentido de la Vida (SV) como factor de protección ante este tipo de diagnósticos. Tras diferentes estudios se ha comprobado que programas de intervención psicológica cognitivo conductuales y basados en el Sentido de la Vida (SV) en otras enfermedades como pueden ser cáncer, enfermedades cardiovasculares, hipertensión, etc. han tenido gran eficacia en sus resultado al obtener cambios en distintas variables psicológicas asociadas a la enfermedad (ansiedad, depresión, solución de problemas, etc.), por estas razones se expone el presente programa para dar a conocer la necesidad de estas intervenciones en pacientes con enfermedades renales, debido al gran número de variables emocionales afectadas que les impiden llevar una vida tranquila y plena.

**Palabras Clave:** Enfermedad Renal Crónica, tratamiento de la enfermedad renal, técnicas cognitivo-conductuales, sentido de la vida, ansiedad, depresión.

**Abstract:**

In the present work a biopsychosocial vision is presented in order to respond to the maintenance of chronic kidney disease (CKD), emphasizing emotional variables as risk factors. A cognitive-behavioral program for the control of psychology variables associated with the disease is explained, in which different techniques have been combined: psychoeducation, progressive muscular relaxation training and abdominal breathing technique, emotional regulation, problem solving and technique based on the self-control for the change of life habits. Likewise, a new intervention is shown within the program based on the Sense of Life (SV) as a factor of protection against this type of diagnosis. After different studies it has been proven that cognitive behavioral psychological intervention programs based on the Sense of Life (SV) in other diseases such as cancer, cardiovascular diseases, hypertension, etc. have been very effective in

their results to obtain changes in different psychological variables associated with the disease (anxiety, depression, problem solving, etc.), for these reasons the present program is exposed to make known the need for these interventions in patients with kidney diseases, due to the large number of emotional variables affected that prevent them from leading a quiet and full life.

**Key words:** Chronic Kidney Disease, treatment of kidney disease, cognitive-behavioral techniques, meaning of life, anxiety, depression.

## **Marco teórico**

### **Enfermedad renal crónica (ERC)**

La Enfermedad Renal Crónica (ERC) es una disminución de la función renal, siendo una enfermedad que incluye un daño renal persistente al menos durante tres meses. Es diagnosticada de manera directa a través de alteraciones orgánicas en una biopsia renal o de manera indirecta que viene dada por albuminuria o proteinuria, alteraciones en la orina y en pruebas de imagen, además de una alteración del filtrado glomerular (FG).

Diferentes estudios llevados a cabo por la Sociedad Española de Nefrología han mostrado que la enfermedad crónica renal tiene una prevalencia elevada. De tal manera, que la ERC se encuentra en alrededor del 9.16% de la población mayor de 18 años y en el 21% de enfermos que acuden a atención primaria. Además, los datos de pacientes con ERC en estadio 5 y tratamiento renal sustitutivo como hemodiálisis, diálisis peritoneal o trasplante renal, indican una prevalencia de 129 y 1039 casos por millón de habitantes/año aproximadamente, según las investigaciones realizadas por Montañés, García, Pérez, Martínez y Bover (2011).

Unas de las causas más comunes de esta enfermedad en la infancia son la uropatía obstructiva secundaria a alteraciones anatómicas de origen congénito, las glomerulonefritis y la HTA. Además, Montañés et al. (2011) descubrieron que la existencia de condensaciones elevadas de proteína o albúmina en la orina de forma permanente es un síntoma de lesión renal y forma junto con la estimación del filtrado glomerular (FG) la raíz que configura el diagnóstico de la enfermedad renal crónica. La presencia de esta, determina a un conjunto de pacientes con un alto riesgo de progresión de la enfermedad renal y, por consiguiente, con una mayor morbilidad cardiovascular.

El tratamiento con inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina (IECA) o antagonistas del receptor de la angiotensina (ARA) en pacientes con ERC y proteinuria, disminuye la progresión de la enfermedad y la cantidad de eventos cardiovasculares y muertes. Por tanto, la disminución del valor de la proteinuria se tiene en cuenta como objetivo terapéutico.

En cuanto al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) hay que tener presente distintos aspectos. Por un lado la detección de factores de reagudización (insuficiencia cardíaca, vómitos, diarrea, etc.) y causas tratables de la insuficiencia renal crónica (hipertensión arterial no controlada, hipertensión arterial maligna, etc.)

Y por otro lado, la prevención o ralentización de la progresión de la IRC. Para ello, es necesario hacer una modificación en la dieta mediante una restricción proteica y la ingesta de 35-40 Kcal/kg/día aproximadamente de calorías que deben ser hidratos de carbono el 50-60% y el resto lípidos. Además llevar un control de la hipertensión arterial con ello es necesario y recomendado la reducción de la sal en la dieta, la eliminación de consumo de alcohol y el control de sobrepeso (Gómez, Arias y Jiménez, 2006).

También nos encontramos con el tratamiento sustitutivo renal que está compuesto por diálisis con sus distintas modalidades o el trasplante renal. La principal función de la diálisis es la depuración renal. Es importante que el programa sea individualizado en función de las condiciones clínicas, físicas, mentales y sociales del paciente. Existen dos tipos de diálisis la peritoneal y hemodiálisis. La elección de ellas depende del paciente, de su estado clínico, de la experiencia profesional que tenga y de los recursos que tenga a su alcance, según el informe de la U.S. Renal Data System que se publica en el año 1997 en Estados Unidos (Gómez, Arias y Jiménez, 2006).

Por lo que respecta a las reacciones psicológicas de los pacientes afectados de ERC, diferentes estudios que se han realizado con pacientes sometidos a una hemodiálisis crónica han identificado que estos presentan niveles altos de ansiedad y depresión leve o moderada. Además, una gran parte también presenta niveles de deterioro cognitivo medio o moderado Huertas-Vieco et al. (2014). Según, estos autores, cualquier intervención psicológica o farmacológica de la depresión podría mejorar la adherencia al tratamiento de estos pacientes. El mayor problema es que actualmente en pocas unidades de diálisis se cuenta con la presencia de un psicólogo que pueda ayudar a los pacientes a afrontar en mejor medida su enfermedad renal (Huertas-Vieco et al., 2014).

Otro estudio realizado por Perales-Montilla, Duschek y Reyes del Paso (2013) sobre la calidad de vida y los factores predictores en la enfermedad renal muestra que

la enfermedad y el tratamiento de hemodiálisis suponen una vivencia muy estresante, que se ve marcada por la duración y cronicidad de la enfermedad, y por el pronóstico que presente. Un estrés crónico se asocia a estados ansiosos y depresivos y, por ello, en el paciente renal el estrés favorece estados de ansiedad marcados por la incertidumbre sobre el futuro (diálisis o trasplante para la supervivencia) y el miedo a perder el control de sus vidas. Por tanto, la ansiedad en un es un problema común en estos pacientes desde el inicio del tratamiento y está asociada a una menor calidad de vida.

Por otro lado, el estrés vital y todas las limitaciones que conlleva una enfermedad renal crónica dan lugar a un sentimiento de impotencia y pérdida de esperanza en estos pacientes. Las estrategias de afrontamiento que el paciente ponga en marcha pueden ser factores de riesgo de sintomatología depresiva y, si los síntomas depresivos son recurrentes o crónicos pueden producir una disminución en la capacidad de la persona para hacer frente a las responsabilidades cotidianas, y por consiguiente, valorar de forma negativa su salud actual y futura. Estos pacientes suelen percibirse más cansados y agotados, y frecuentemente muestran dolor corporal. Además disminuyen su vida social y su salud psíquica (Perales, Duschek y Reyes del Paso, 2016).

Debido a que existe una alta comorbilidad entre la ansiedad y la sintomatología depresiva en pacientes renales crónicos, el diagnóstico más común es el trastorno adaptativo con estado de ánimo mixto. Debido a que un peor estado de ánimo puede dar lugar a una disminución de calidad de vida en el paciente renal, esto puede llevar un empeoramiento de su curso y evolución, y de este modo interferir en el tratamiento del paciente. Asimismo, el paciente renal que presenta este estado de ánimo negativo se ha apreciado que puede perder la percepción de control sobre su enfermedad y tratamiento. Y, todo ello, puede derivar en comportamientos desadaptativos como la baja adherencia al tratamiento, el uso abusivo de servicios médicos o el inadecuado cumplimiento de las indicaciones nefrológicas y cuidados que se requieren (Perales, Duschek y Reyes el Paso, 2016).

Estas conclusiones señalan la importancia de una evaluación precoz y el tratamiento de estados emocionales así como de la sintomatología depresiva y ansiosa en pacientes renales desde la fase prediálisis, con el fin de poder ofrecer al paciente recursos de afrontamiento para el manejo del estrés y con el fin de cubrir las necesidades de adaptación que conlleva la enfermedad. Así pues, un objetivo primordial

será ayudar a la persona a tener un mayor control de su enfermedad y una mayor adherencia al tratamiento.

A continuación, en este trabajo vamos a estudiar concretamente, los distintos tratamientos psicológicos que existen en la fase de prediálisis y diálisis, así como la efectividad que tiene cada uno de ellos en estos pacientes. Y, teniendo en cuenta esto, haremos una propuesta de un programa de intervención para este tipo de pacientes.

### **Programas de intervención psicológica en ERC**

En la revisión llevada a cabo por Christensen y Ehlers (2002) obtuvieron estos resultados de diferentes programas:

En un estudio llevado a cabo por Friend, Singletary, Mendell y Nurse (1986) encontraron que la participación en intervenciones grupales de apoyo prolonga la supervivencia entre pacientes que están en hemodiálisis. Todos aquellos pacientes que participaron tuvieron mayor probabilidad de estar vivos al final del periodo de seguimiento de 10 años en comparación con los que no participaron.

Otro estudio llevado a cabo por Hener, Weidenberg y Har-Evan (1996) compararon la eficacia que tenía la psicoterapia de apoyo, la terapia cognitivo conductual frente a un grupo control en reducir síntomas de la depresión en pacientes con hemodiálisis. Los resultados mostraron que ambos grupos de tratamiento obtuvieron reducciones significativas en la depresión y la ansiedad en comparación al grupo no control. Y no se obtuvieron diferencias significativas en la eficacia entre los dos grupos de tratamiento activos.

Un nuevo estudio de intervención realizado por Leake, Friend y Wadhwa (1999) pudieron comprobar los efectos de las auto-presentaciones manipuladas experimentalmente sobre el ajuste de los pacientes que se encontraban en hemodiálisis central. Cada uno de los pacientes que eran seleccionados de manera aleatoria realizaba una presentación como agentes exitosos durante el tiempo de la entrevista grabada, para poder orientar a nuevos pacientes de diálisis. Los resultados mostraron que el ejercicio de auto-presentación estratégica ayudó a estos pacientes a tener más habilidades de resolución de problemas y a su vez mejoró la autoeficacia para afrontar la enfermedad lo que facilita a reducir la depresión que pueden experimentar.



En pacientes con enfermedad renal en fase terminal también se han desarrollado intervenciones psicológicas. Un estudio sobre una intervención basada en la autorregulación conductual y sus parejas realizado por Jansen, Haijmans, Rijken y Kaptein (2011) indicaron que un enfoque donde se integran aspectos cognitivos, emocionales, conductuales y contextuales es muy beneficioso. Además, tener una actitud positiva, apoyo social y creencia en la autoeficacia es muy necesario. El programa estaba basado en teorías de autorregulación, aprendizaje social y autodeterminación cuya finalidad era mantener y aumentar las actividades de los pacientes, conseguir trabajo remunerado e incrementar el sentido de la autonomía. Se llevó a cabo durante un curso con un mínimo de cinco pacientes de 18 a 64 años que se estaban preparando para diálisis, o que se encontraban en diálisis un año al menos y sus parejas. El curso se centró en intentar cambiar todas las percepciones distorsionadas como las percepciones negativas de la enfermedad y el tratamiento, aumentar la autoeficacia y estimular apoyo social.

En la primera sesión se facilitó información sobre la enfermedad y tratamiento por un nefrólogo. También se analizaron las percepciones de la enfermedad y el tratamiento de los pacientes para identificar creencias y herramientas de afrontamiento. En la segunda sesión, se detectaron las creencias de los pacientes sobre la importancia y logro de actividades que están en relación con el trabajo y su vida privada. Como pueden ser ajustes de trabajo. Para ello, se cuentan experiencias personales, deseos y oportunidades percibidas. En ambas sesiones se pone énfasis en las ideas sobre las consecuencias, es decir, las creencias de que actividades que incluyen el empleo no se pueden combinar con la diálisis. Todas las creencias erróneas que tienen se cuestionan al contar ejemplos prácticos de historias personales que sufren la enfermedad. En la tercera sesión, se centraron en las creencias sobre el control personal y la información obtenida sobre la relación entre los eventos. Para ello, dentro de esta sesión se les pidió a los pacientes que evaluaran objetivos en función de la importancia personal y la posibilidad que tienen de alcanzarlos. A continuación dividen sus objetivos principales en subobjetivos para así aprender a desarrollar un plan de acción para alcanzar objetivos. Estas tres sesiones, se utilizan técnicas de aprendizaje observacional (Jansen et al., 2011).

En las sesiones cuatro a seis se basaron en las percepciones inadecuadas, debido a que es un primer paso hacia el cambio de comportamiento pero el apoyo para

aumentar la autoeficacia y la autonomía es importante. Las creencias sobre la autoeficacia relacionadas con las actividades, incluido el empleo mejoran mediante el uso de técnicas como el autocontrol, dominio de habilidades, modelos de conducta de autogestión y resolución de problemas.

En la cuarta sesión, se atiende a la fatiga. Los pacientes para esta sesión llevan un diario de fatiga para entender mejor las quejas que pueden existir sobre la misma y sus patrones. Se da información sobre como poder administrar mejor el tiempo y la energía a través de un establecimiento de prioridades. En la quinta sesión, se presta atención a la red social. Se les invita a los pacientes a traer un familiar o amigo. Se habla de lo que son las conductas de apoyo y lo que no son, formas para pedir apoyo. Los familiares o amigos aprenden a dar apoyo y prevenir la sobreprotección y los pacientes aprender como pedir apoyo de manera adecuada. En la sexta sesión, los pacientes desarrollan un plan de acción para una meta de empleo para los tres meses próximos. Se da asesoramiento sobre pasos a seguir y cómo comunicarlo a los empleadores y médicos de la empresa. El resultado de este plan, es evaluado dentro del grupo por un psicólogo de la salud y el experto en empleo.

También cabe destacar que trabajar sobre el constructo “sentido de la vida (SV)” se ha demostrado que en enfermedades crónicas puede asociarse a mejoras en el estado emocional y satisfacción con la vida Urrego, Sierra y Sánchez (2014). Este concepto fue desarrollado por el psiquiatra y neurólogo Viktor Emil Frank (1909-1997) conocido por su libro “El hombre en busca de sentido”. La necesidad de encontrar el SV lo calificaba como algo primario del ser humano para poder afrontar situaciones estresantes de sufrimiento.

Algunos estudios basados en la Psicoterapia Centrada en el Sentido para pacientes con cáncer avanzado llevados a cabo por Gil y Breitbrat (2013) han demostrado cómo dar sentido, al paciente con cáncer, focalizando la atención del mismo en que su vida tiene siempre sentido favorece al ajuste emocional ante la enfermedad. El objetivo principal de la Psicoterapia de Grupo Centrada en el Sentido (PGCS) es ayudar a los pacientes a vivir con sentido de manera plena, ampliando el sentido de su vida, viviendo en paz y con un objetivo en la vida. Es decir, ayudar a los pacientes a que busquen el sentido de su vida a pesar de la incertidumbre y las limitaciones de la propia enfermedad, reanudando antiguos momentos con sentido y buscando nuevos. También

buscando nuevas formas de reengancharse a la vida, aceptando lo que no se puede cambiar y lo que podemos superar, y mejorando la adaptación psicológica a través de darle sentido a la vida.

Cada sesión abordaba un tema específico: introducción al concepto del sentido, cáncer y sentido, historia del concepto de sentido, fuentes del sentido y cierre. Se realizó con dos grupos de 6-8 pacientes con cáncer avanzado, y después se realizaron las transcripciones de cada una de las sesiones de los grupos para su posterior análisis cuantitativo.

En cuanto a los resultados, los grupos de psicoterapia centrada en el sentido mostraron una reducción de la sintomatología ansiosa y depresiva, desesperanza y deseo de adelantar la muerte en pacientes con cáncer avanzado, a la vez de aumentar el bienestar espiritual y la sensación de sentido.

Existe escasa evidencia de cómo una intervención psicológica ayuda al paciente con una enfermedad crónica renal a vivir plenamente y con sentido en sus peores momentos, y, específicamente, no existen trabajos que hayan aplicado la Psicoterapia Centrada en el Sentido en pacientes renales crónicos. Por ello, uno de los objetivos dentro de este programa de intervención será incluir un módulo de intervención basado en este modelo de la psicoterapia. Asimismo, pretendemos recoger módulos de intervención basados en la terapia cognitivo conductual y aplicarlo a este tipo de pacientes, como propuesta de partida para, en futuros estudios, poder concluir si resulta eficaz en este tipo de pacientes.

### **Programa de intervención cognitivo conductual en pacientes con enfermedad renal**

El diagnóstico de una enfermedad crónica renal al igual que otras enfermedades crónicas crea un impacto emocional en la persona diagnosticada, debido al conjunto de difíciles respuestas físicas, cognitivas y conductuales que provoca. Todas ellas vienen marcadas por la dificultad que presenta el paciente, sus familiares e incluso la sociedad para el manejo de habilidades de afrontamiento. Por ello es conveniente tener una visión del problema integral que enmarque aspectos biológicos, psicológicos y sociales vinculados al trastorno renal básico.

En el estadio 5 de dicha enfermedad se indica que no solo se trata de trabajar estrategias para lograr una mayor cantidad de años de vida sino dándoles recursos a

estos pacientes para que puedan tener más vida y de mayor calidad durante esos años. Para ello, se deben tener en cuenta las variables psicosociales de la enfermedad renal crónica. Además también resultaría adecuado elaborar programas de intervención desde etapas tempranas de la enfermedad, con el fin de detener o retrasar el avance de su progresión manteniendo a los pacientes en las mejores condiciones biológicas posibles para más tarde afrontar su futuro.

Por otro lado, es importante preparar al paciente y a sus familiares a través de respuestas adecuadas a las necesidades específicas que demanden, en especial, cuando el paciente se encuentre en fase de tratamiento de reemplazo como única opción de supervivencia. Es importante dotarles de herramientas para afrontar su nueva situación y así poder evitar en gran medida repercusiones psicológicas y sociales. También es importante que la labor se dirija a pacientes con ERC en estadios 2, 3,4, y en atención primaria para ampliar dicho conocimiento y participación (Santacruz, Rangel, Navas y Bolívar, 2006).

La enfermedad renal crónica, como hemos mencionado anteriormente, supone una gran carga biológica, psicológica y social. Dada la evolución de la misma no solo debemos enfocarla al déficit orgánico sino además las reacciones y comportamientos del individuo, familiares y sociedad. Para una mejor calidad de vida y una disminución de esa gran carga que conlleva dicha enfermedad. Es decir, con estrategias que se encuentren bajo un paradigma biopsicosocial.

La mayor parte de los pacientes diagnosticados suelen pasar por una serie de etapas cuando son diagnosticados. En primer lugar, pasan por una etapa I donde muestran ambivalencia afectiva, desequilibrio emocional, confusión a raíz del inicio de la relación médico –paciente donde reciben información acerca del pronóstico y diagnóstico. La etapa II viene marcada por sentimientos inadecuados, angustia y ansiedad en mayor parte cuando tienen que hacer una reorganización de los roles familiares. Y en etapas III, IV, V que constituyen fases terminales para el paciente dan lugar a negación de sentimientos, sentido de pérdida y aceptación periódica, según el informe investigación presentado por (Jerez, 2012).

Es importante conocer y tomar en cuenta aspectos que conllevan la aparición de alteraciones psicológicas para su prevención a nivel personal, teniendo en cuenta una estabilidad emocional por medio de apoyo familiar. Además, evitar situaciones de

inestabilidad y descontrol con el fin de prevenir la aparición de alteraciones psicológicas. Si estas aparecen, debemos de evaluar los recursos psicológicos que presenta el paciente renal para poder afrontar amenazas y daños que pueda provocarle la enfermedad, y dotarlo de estrategias de afrontamiento y adaptación a situaciones estresantes que pueda sufrir. Es conveniente realizar una intervención integral que incluya tanto necesidades físicas como psicológicas mediante un equipo multidisciplinar dándole herramientas adecuadas que puedan prevenir la sintomatología estresante que esté afectando a su funcionalidad diaria (Jerez, 2012).

Por todas estas razones este trabajo lo hemos enfocado a un programa terapéutico multidisciplinar basado en la aplicación de un Modelo Cognitivo Conductual y Centrado en el Sentido. Dicho programa se centrará en estrategias de intervención que hagan frente a la ansiedad, depresión y la falta de herramientas de afrontamiento que manifiesta la vivencia de una enfermedad, la cual, afecta a su vez a la calidad de vida del paciente, así como también a su entorno familiar, social, afectivo, económico. Asimismo, nos planteamos trabajar el sentido para que cada uno de los pacientes pueda encontrar el sentido de su vida a pesar de la enfermedad y proponerse nuevas metas y propósitos para un futuro. El objetivo último es que puedan volver a engancharse a la vida, aceptando lo que pueden cambiar y lo que no se puede cambiar pero siempre con un objetivo en la vida. En este caso, vivir de manera plena y en paz con ellos mismos y sus familiares.

### **Criterios de inclusión y exclusión**

Los criterios de inclusión son:

1. Ser pacientes con un diagnóstico de enfermedad renal crónica (ERC) en estadios entre el 2 al 5 siendo este el estadio más avanzado.
2. Tener edades comprendidas entre 18 y 60 años.
3. Estar dispuestos a trabajar en grupo, ya que las sesiones en grupo facilitan el aprovechamiento de los avances de todos los pacientes.

Los criterios de exclusión serán:

1. Que la persona no tenga un problema de discapacidad intelectual que le impida seguir las sesiones adecuadamente.
2. Tener problemas de comprensión con el idioma, que le impida entender las sesiones que se van a realizar.
3. Presentar un trastorno mental grave
4. Tener un diagnóstico de ERC en estadio 1.

### **Objetivos del programa**

Como objetivos planteados en dicho programa nos enfocaremos en primer lugar en:

1. Educar a pacientes renales con el fin de tener un conocimiento adecuado sobre el desarrollo de la patología renal.
2. En segundo lugar, modificar las creencias irracionales y trabajar las emocionales disfuncionales que estén experimentando. Asimismo, trabajar y reducir el miedo al tratamiento.
3. En tercer lugar, la reducir los síntomas psicológicos como la ansiedad, la depresión que conlleva la enfermedad.
4. En último lugar nos centraremos en identificar y trabajar con los pacientes el sentido de sus vidas, construyendo metas y propósitos vitales, y tratando de conseguir que reevalúen sus vidas con sentido y dignas de ser vividas.

## **Procedimiento**

El nefrólogo especialista de distintos hospitales de la ciudad de Valencia ofrecerá a sus pacientes la posibilidad de participar en un programa de intervención psicológica, para poder afrontar de manera más adecuada su enfermedad y aprender diferentes estrategias que le ayuden a tener una mejor calidad de vida; se encargará la enfermera colaboradora con el grupo de psicólogos de dar información general sobre los temas que se abordarán dentro del programa y también, tomará sus datos y les explicará lugar de realización, que será en una sala situada dentro del hospital. Por último, informará de la periodicidad del programa, que será una sesión por semana de dos horas.

## **Periodicidad de las sesiones**

En cuanto al número de sesiones, este programa se compone de cinco módulos formados por una sesión grupal a lo largo de la semana, con una duración de dos horas. A todos los pacientes que deseen participar se les indicará que día de la semana se van a impartir las diferentes sesiones y dónde tendrán que asistir para poder participar.

Si por un caso, algún paciente se encuentra en un momento difícil de su enfermedad y es complicado que pueda seguir el ritmo de las sesiones, el psicólogo se encargará de valorar la situación del paciente y si fuese necesario le derivaría a una terapia individual al margen de las sesiones grupales que se imparten en este programa.

El programa se divide en tres fases: pre evaluación, tratamiento, evaluación post-tratamiento.

Tabla 1.

*Módulos, sesiones, objetivos y actividades*

<b>Módulo</b>	<b>Nº sesiones</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Actividad</b>
Módulo Psicoeducación	3 sesiones	Informar al paciente sobre los aspectos médicos, psicológicos y contextuales que inciden en la enfermedad renal, y dotarlo de estrategias para su control.	<p>Sesión 1: Dinámica para conocerse e información del programa.</p> <p>Sesión 2 y 3: Concepto de enfermedad renal crónica y factores asociados.</p>
Módulo Regulación Emocional	3 sesiones	Aprendizaje de estrategias de regulación emocional que les pueda permitir enfrentarse de forma adecuada a su enfermedad.	<p>Sesión 1 y 2: Identificación de emociones y regulación de las mismas.</p> <p>Ejercicio 1: Registro nivel emocional.</p> <p>Ejercicio 2: Diario emocional.</p> <p>Sesión 3: Reestructuración cognitiva de Beck.</p> <p>Ejercicio 1: Detectando mis pensamientos irracionales.</p> <p>Ejercicio 2: Registro de pensamiento.</p>



Módulo de técnicas de relajación y respiración	1 sesión	Dar a conocer la importancia que tiene la práctica diaria de la relajación en el Sistema Nervioso Autónomo.	Ejercicios de relajación muscular de Jacobson y ejercicio de respiración abdominal.
Módulo de entrenamiento de resolución de problemas y autocontrol	3 sesiones	Enseñar al paciente estrategias de afrontamiento ante situaciones estresantes para que puedan enfrentarse a ellas.	<p>Sesión 1: Esquema de las fases de resolución de problemas.</p> <p>Ejercicio 1: Convierte tu debilidad en fortaleza.</p> <p>Sesión 2: Listado de problemas durante la semana.</p> <p>Sesión 3: Técnica de Autocontrol. Ejercicio 2: Mejora tu calidad de vida. Siéntete sano.</p>
Módulo Sentido de la vida y Resiliencia	3 sesiones	Enseñar cómo construir sentido de la vida pasada y hacia el futuro mediante metas y propósitos.	<p>Sesión 1 y 2: Concepto Sentido de la Vida. Identificar hechos significativos en sus vidas. Ejercicio 1: Álbum de la vida</p> <p>Sesión 3: Detectar limitaciones e identificar metas. Ejercicio 2: Video superación</p>

## **Primera fase Pre-evaluación**

En la primera fase se va a llevar a cabo una evaluación psicológica con cada paciente donde se recogerán los datos principales de las variables implicadas en dicha enfermedad y los factores que la mantienen. Además de un cuestionario biográfico con cada uno de ellos. Su duración será de una semana en formato individual.

La evaluación se va a realizar a través de una entrevista donde se recogerán diferentes datos básicos del paciente (edad, sexo, ocupación actual, consumo sustancias, ejercicio físico) y también mediante las historias médicas de cada uno recogeremos datos relevantes como diagnóstico, pronóstico, tratamiento, tiempo desde su aparición, etc.

Una vez realizada la entrevista pasaremos la evaluación psicológica de forma individual, la cual va a incluir todas las variables que están relacionadas con la enfermedad renal crónica (ERC), y que se detallan a continuación:

- *Inventario de depresión de Beck (BDI-II)* de Beck, Steer y Brown (1996). El BDI-II es un autoinforme compuesto por 21 ítems de tipo Likert. Se diseñó para detectar y evaluar la gravedad de la depresión. Sus ítems describen los síntomas clínicos más frecuentes de los pacientes psiquiátricos con depresión. La mínima y máxima en el test son 0 y 63. Los puntos de corte establecidos para clasificar a los evaluados es 0-13, mínima depresión; 14-19, depresión leve; 20-28, depresión moderada; y 29-63, depresión grave. La fiabilidad se basa exclusivamente en la consistencia interna. Los coeficientes son superiores a 0.85.

- *Cuestionario de ansiedad estado-rasgo (STAI)* de Spielberger (2008). Es un autoinforme compuesto por 40 ítems diseñado para evaluar dos conceptos independientes la ansiedad como estado y ansiedad como rasgo. Compuesto por un total de 20 ítems en un sistema de respuesta Likert de 4 puntos según la intensidad. La puntuación total oscila entre 0 y 60 puntos. La fiabilidad se encuentra en un coeficiente de alfa de Cronbach de 0.93.

- *Illness Perception Questionnaire (IPQ-R; Weinman et al., 1996)* se trata de un cuestionario que fue desarrollado para proporcionar una evaluación cuantitativa de los cinco componentes de la representación que un paciente se hace de su enfermedad: identidad, consecuencias, cronología, control/cura y causa, según el Modelo de

Autorregulación de Leventhal (Leventhal et al., 1984, 1997). Está estructurado en 3 apartados: identidad, con 14 ítems y 2 subescalas (síntomas experimentados y relación con la enfermedad) con respuesta sí o no; IPQ-R General, con 38 ítems y 7 subescalas (duración aguda/crónica, duración cíclica, control personal, control del tratamiento, consecuencias, respuesta emocional y coherencia) de escala tipo Likert de 5 puntos («totalmente en desacuerdo» a «totalmente de acuerdo»); IPQ-R Causas, con 18 ítems y 4 subescalas y también de escala tipo Likert. Este instrumento cuenta con su versión al español (Pacheco-Huergo et al, 2012). Con una  $\alpha$  y una consistencia interna aceptable de 0.67.

- *Inventario Cope Breve* de Carver, Scheier y Weintraub (1989). En su versión en español (Perczek et al., 2000) consiste en 12 subescalas de dos ítems cada una. Estas subescalas se agrupan en tres factores: el primer factor es afrontamiento focalizado en el problema que incluye afrontamiento activo, planificación, reinterpretación positiva y crecimiento personal, supresión de actividades distractoras, aceptación y refrenar el afrontamiento. El segundo factor es afrontamiento focalizado en la emoción que incluye utilización de apoyo instrumental y emocional, enfocarse y expresar las propias emociones. Y por último, el tercer factor afrontamiento por evitación incluyendo distanciamiento conductual y mental, negación del evento estresante y humor. En este inventario, la validez interna de las medidas en español es comparable a la de la versión en inglés.

- *PIL-10 (Purpose in Life test)* (Crumbaugh y Maholic, 1969; García-Alandete, Rosa y Sellés, 2013). Para proceder al pase de la escala, se va a elegir la versión española, realizada por que es una simplificación de la original. La escala PIL-10 consta de 10 ítems que se divide en dos factores, por un lado, AFC: factor cognitivo-evaluativo, que permite evaluar la percepción del sentido de la vida (SSV) y, por otro lado, el factor motivacional, relacionado con las metas y propósitos vitales de la vida (MPV). Consta de una escala de respuesta Likert de 1 a 7 puntos. La puntuación total se obtiene sumando los valores de las respuestas, y oscilan entre 10 y 70. El valor de Alfa de Cronbach para el total de la escala es de 0.85.

## **Segunda fase Tratamiento**

En la segunda fase, tras la evaluación psicológica se abordará el tratamiento que se llevará a cabo, concretamente se va a centrar en un programa de intervención basado en

técnicas para control y manejo de las variables psicológicas anteriormente citadas, así como también en el cambio de hábitos que experimentará cada paciente, con el fin de conseguir una adaptación a su nuevo estilo de vida. Por último se tratará el sentido de la vida para que el paciente consiga vivir de manera plena y en paz consigo mismo y sus familiares.

Este tratamiento se va a componer de diferentes módulos: 1) Módulo de psicoeducación; 2) Módulo de regulación emocional; 3) Módulo de técnicas de relajación muscular y respiración; 4) Módulo de técnicas de solución de problemas y cambio de hábitos de vida basados en el autocontrol; 5) Módulo de sentido de la vida.

### **Módulo psicoeducación.**

El objetivo principal es informar al paciente sobre los aspectos médicos, psicológicos y contextuales que inciden en la enfermedad renal, además, de conocer distintas estrategias así como médicas de comportamiento, dieta, ejercicio físico para llevar un mejor control de la misma. Todas las estrategias se llevarán a cabo dentro del programa.

Este módulo se va a dividir en dos partes: en la primera parte comenzaremos con una dinámica sencilla para conocerse entre todos y poder tener más confianza en el grupo. Con el fin de promover un ambiente agradable y así conseguir que las sesiones sean más dinámicas y participativas. También se les va a informar de las diferentes fases del programa, explicando los objetivos de cada una de sus fases y las técnicas de intervención que se trabajarán. Y al final se les invitará a una puesta en común de sus vivencias con la enfermedad desde el momento que fueron diagnosticados (Anexo 1).

En la segunda parte se va a partir desde un punto médico donde se explicará el concepto de enfermedad renal, qué requiere la misma, qué órganos se ven afectados y qué cambios de vida conlleva. Además se identificarán cuáles son los factores de riesgo y las conductas preventivas que existen y también se abordarán los distintos modos de tratamiento (Anexo 2). A continuación, el objetivo se va a centrar en clarificar términos como ansiedad, estrés, ira, afrontamiento de problemas, hábitos de vida y la relación que tienen estos con la enfermedad renal crónica.

Esta fase tiene como prioridad promover la responsabilidad que tiene el paciente con el proceso de su enfermedad. Se explicarán las distintas fases que se experimentan a lo largo de su progresión, haciendo especial mención a las diferentes conductas que influyen en la enfermedad tanto para su prevención como para su control. Para poder abordarlo se va a partir del propio conocimiento que el paciente pueda tener. Además, de los esquemas, ejercicios y ejemplos que pongan los profesionales. Se pretende reflejar como nuestro comportamiento influye en nuestro cuerpo acercando aspectos psicológicos a fisiológicos.

Se analizarán reacciones emocionales en tres niveles: cognitivo, fisiológico y motor, mediante ejemplos que se les pedirá a los pacientes que busquen ellos mismos. Tendrán que coger ejemplos de la vida cotidiana para después analizar cada una de las situaciones, sus respuestas e influencia de las mismas a corto, medio y largo plazo en la salud. Para que puedan identificar que más que las situaciones en sí mismas, las responsables de las reacciones negativas como puede ser el estrés vienen dadas de la forma en la que interpretamos dichas situaciones y la manera de afrontarlas (Anexo 3).

Esta fase se va a llevar a cabo en tres semanas durante tres sesiones con una duración de dos horas aproximadamente.

### **Módulo de técnicas de relajación y respiración muscular.**

A continuación, se llevará a cabo un entrenamiento en técnicas de relajación muscular. Para ello, se va a utilizar la técnica progresiva de Jacobson desarrollada en una sesión de dos horas durante una semana. Aunque una vez que esta finalice se pondrá como tarea para casa, y en la siguiente sesión se comentará como ha ido la práctica en casa.

Dentro de la sesión, se va a trabajar la relajación de una serie de grupos musculares. Nos centraremos primeramente, en entrenar por un lado, extremidades superiores (área facial, cuello y hombros) por otro lado, extremidades inferiores (tórax y abdomen). Para finalizar la sesión realizaremos una relajación completa sin incluir ejercicios de tensión muscular (Anexo 4).

El objetivo que tiene esta sesión, es hacer ver a los pacientes que la práctica diaria de la relajación es muy importante ya que actúa de manera positiva en la actividad de nuestro Sistema Nervioso Autónomo.

Además, trabajaremos técnicas de respiración. El objetivo de trabajar también la respiración con los pacientes es para ayudarles a hacer mejor uso de la relajación muscular. Apoyándose con una buena respiración. Estas técnicas se van a incluir en la parte del tratamiento de relajación muscular, centrándonos concretamente en los músculos del abdomen (Anexo 5).

### **Módulo de regulación emocional.**

Para poder regular, manejar y, si es el caso, reducir las emociones negativas que experimentan todos los pacientes con una enfermedad crónica, nos vamos a centrar en el aprendizaje de estrategias de regulación emocional que les pueda permitir enfrentarse de forma adecuada a su enfermedad.

En primer lugar se abordará la identificación de emociones y la regulación de las mismas. Para que el paciente sea consciente de qué emociones está sintiendo y cómo estas le están afectando en su vida diaria. También, una vez identificadas las emociones se realizarán ejercicios para aprender a regularlas para que puedan llevar una vida más plena (Anexo 6).

En segundo lugar se trabajará la reestructuración cognitiva de Beck (2000). Con esta técnica entrenaremos a cada uno de los pacientes a identificar las relaciones entre sus pensamientos, emociones y conductas. Cómo los pensamientos cuando son distorsionados pueden incrementar las emociones negativas. Así pues, trabajaremos dentro de este módulo el aprendizaje de cómo identificar y a su vez modificar las distorsiones cognitivas que aumentan esas emociones negativas a través de registros (Anexo 7).

Este módulo se va a realizar durante tres sesiones en tres semanas, con duración de dos horas, y cada sesión se llevara a cabo de forma grupal.

### **Módulo de entrenamiento en solución de problemas y manejo del autocontrol.**

El objetivo de estas sesiones es enseñar al paciente una serie de estrategias o técnicas de afrontamiento de situaciones estresantes para que les sea posible superar de manera óptima diferentes problemas cotidianos enfrentándose a ellos de forma reflexiva y evitando un alto grado de actividad autonómica. Además del aprendizaje de estas

estrategias, se pretende hacer énfasis en el aumento de confianza en sí mismos y en sus habilidades para resolver problemas.

El entrenamiento se va a realizar en tres sesiones. En la primera sesión, se van a explicar de manera fácil las cinco fases de la técnica de resolución de problemas (identificación, formulación del problema, generación de soluciones alternativas, evaluación de alternativas, toma decisiones, ejecución y verificación) utilizando ejemplos de la vida cotidiana. A continuación, como tarea para casa se les pedirá a los pacientes traer una lista de todos los problemas con los que se han encontrado durante la semana. Con este ejercicio podemos trabajar de manera grupal, exponiendo los problemas en conjunto y a su vez buscando una resolución de los mismos entre todos (Anexo 8).

En la segunda sesión, se revisaran las tareas que se les mandó en la sesión anterior, para ver cómo han afrontado los diferentes problemas. No se trata de solucionar problemas individuales sino de aprender y practicar estrategias de superación en diferentes situaciones.

Seguidamente, también dentro de este módulo trabajaremos técnicas de autocontrol. El objetivo de esta última sesión es informar y motivar a los pacientes al cambio y reducción de conductas de riesgo que favorezcan la enfermedad. Para ello, nos vamos a centrar en la importancia que tiene la adhesión a las pautas de alimentación recomendadas para el manejo de la enfermedad y el ejercicio físico. Cuyo fin sea que tomen conciencia de lo importante que es seguir una dieta equilibrada, baja en sal y proteínas, junto con el ejercicio físico. Esto se trabajará a través de técnicas de control de estímulos. Con el objetivo de que estos cambios fueran permanentes y pasaran a formar parte de su vida diaria.

Concretamente el entrenamiento estará basado en técnicas de autocontrol siguiendo el modelo de Kanfer y Goldstein (1980). Haciendo un especial hincapié en la manera de conseguir ciertas modificaciones ya que no solo basta con la fuerza de voluntad.

Se va a llevar a cabo en una sesión de dos horas en grupo. En un primer momento, se explicara la técnica de autocontrol mediante esquemas y a continuación cada paciente deberá elegir una conducta problema que tendrá que modificar en esta

fase. El paciente observará y registrará esa conducta para ser modificada. Para más tarde, poner en práctica el control de la conducta siguiendo la técnica de actuación o reducción. Finalmente se expondrán las conductas que han modificado cada uno y se compartirán logros conseguidos (Anexo 9).

### **Módulo final Sentido de la vida y Resiliencia.**

En este módulo se va a trabajar como tema principal la búsqueda del sentido de la vida, y la trascendencia.

Se va a realizar tres sesiones en grupo. La búsqueda de sentido se trabajará a través de la psicoterapia centrada en el sentido de la vida Breitbart et al. (2010). Los ejercicios irán en primer lugar enfocados a una búsqueda de hechos significativos en la historia del paciente, cuyo fin sea enseñarles cómo construir sentido de la vida pasada y hacia el futuro mediante metas y propósitos que encuentren (Anexo 10).

En las dos primeras sesiones se van a realizar una revisión de la historia pasada con el fin de crear un álbum donde se recojan los momentos importantes de sus biografías. Este álbum tiene que ser creado por cada paciente, anotando el psicólogo las frases más relevantes que refieran los pacientes en relación a cada uno de los momentos aportados, y a su vez compartiéndolo en la cuarta sesión con un familiar o acompañante para fortalecer los lazos de unión y ser conscientes del sentido y el valor de las experiencias vividas y logros alcanzados.

Durante la última sesión, se enseñará a los pacientes a planear metas para su futuro y se darán herramientas para que las lleve a cabo.

1. Primera sesión: Comprensión del concepto sentido de la vida. Encontrar fuentes de sentido e iniciar una búsqueda del sentido de sus vidas. Para ello, se hará una presentación, incluyendo factores de riesgo y protección. Más tarde, se llevará a cabo una revisión de hechos significativos y se podrá en común.
2. Segunda sesión: Identificar la relación que existe entre los hechos significativos en su historia de vida y construcción del sentido de la vida. Con el fin de realizar el álbum colectivo. También tendrán que reconocer



el impacto de ciertos sucesos en la construcción de historia de vida y por último hacer una puesta en común.

3. Tercera sesión: Diferenciación de aquellos componentes en la vida que pueden ser modificados y aquellos que no. Dando importancia a los que se pueden controlar como pueden ser algunas emociones y ciertas situaciones. Es decir, en esta sesión tendrán que detectar las limitaciones que han experimentado a lo largo de la vida. Junto a esto, se le pondrá una presentación de un video con personajes motivadores de superación de obstáculos. Con el fin de hacer una identificación de sus fortalezas partiendo de las debilidades anteriores. Una vez visto el video, tendrán que descubrir propósitos de su vida, asumiendo la responsabilidad que estos conllevan y plantear la manera que se puede cumplir teniendo presente las limitaciones y fortalezas. Para ello, deberán detectar y plantear metas. Y a continuación realizarán una construcción colectiva para llevar a la práctica esas metas. Se hará una puesta en común.

### **Tercera fase Evaluación post-tratamiento**

Una vez terminada la fase de tratamiento, se va a llevar a cabo la segunda evaluación en la que se administrarán de nuevo y de forma individual a todos los pacientes que hayan terminado el programa la batería de pruebas psicológicas con el fin de poder evaluar la eficacia del programa.

### **Conclusiones**

Tras la realización de este trabajo hemos podido observar que la enfermedad renal crónica (ERC), afecta al riñón de manera permanente y tiene una prevalencia elevada, suponiendo un 9.16% de pacientes mayor de 18 años. Además un elevado número de casos de pacientes se encuentran en tratamiento renal sustitutivo (entre 129 y 1039 casos por millones de habitantes al año).

Respecto al tratamiento hemos encontrado la importancia de una modificación en la dieta y el control de hipertensión. También hemos podido estudiar los distintos

tratamientos sustitutivos renales que puede tener un paciente que se encuentre en un estadio avanzado de la enfermedad y, por último, el trasplante renal.

Además, hemos podido observar tras la revisión de los diferentes estudios existentes sobre el tema, que los pacientes afectados por ERC presentan niveles altos de ansiedad y depresión. Por ello, cualquier intervención psicológica centrada en trabajar la depresión mejoraría en estos pacientes la adherencia al tratamiento médico.

Otros estudios nos indicaban que la calidad de vida de estos pacientes se ve afectada por el nivel de estrés que sufren a consecuencia de la incertidumbre sobre su futuro y el miedo a perder el control de sus vidas. También nos encontramos que todas las limitaciones que conlleva la enfermedad dan lugar a sentimientos de impotencia y pérdida de esperanza. Por ello, es importante que el paciente esté dotado de estrategias de afrontamiento para así poder disminuir los pensamientos negativos y distorsionados acerca de su enfermedad y con ello poder afrontarse a ella de mejor manera.

Toda esta alta comorbilidad entre ansiedad y sintomatología depresiva da lugar a un empeoramiento de su curso y evolución de la enfermedad, debido a que el paciente presenta un estado de ánimo negativo que deriva en comportamientos desadaptativos como puede ser baja adherencia al tratamiento.

En definitiva, es importante una evaluación precoz y un tratamiento en estados emocionales de sintomatología depresiva y ansiosa en pacientes renales, ya que la enfermedad renal crónica, como hemos mencionado anteriormente, supone una gran carga biológica, psicológica y social. Por tanto, no solo debemos enfocarla al déficit orgánico sino además las reacciones y comportamientos del individuo, familiares y sociedad. Para una mejor calidad de vida y una disminución de esa gran carga que conlleva dicha enfermedad. Es decir, con estrategias que se encuentren bajo un paradigma biopsicosocial.

Por todo lo mencionado anteriormente, nuestro programa pretende hacer énfasis en aspectos como ansiedad y sintomatología depresiva que experimentan los pacientes con una enfermedad crónica en las distintas etapas de su vida, debido a la incertidumbre y el miedo que conlleva sufrirla. Asimismo, también se pretende trabajar dentro del programa el Sentido de la Vida como factor de protección ante este tipo de diagnósticos.

Debido a que hemos podido comprobar que algunos programas de intervención psicológica que se han llevado a cabo en otro tipo enfermedades como pueden ser las enfermedades cardiovasculares (Fernández-Abascal, Martín y Domingez, 2003) han demostrado una gran eficacia en sus resultados. Así como también, diferentes programas basados en el Sentido de la Vida en pacientes oncológicos se ha comprobado su eficacia y notables mejoras a lo largo de su enfermedad, poniendo en relieve la necesidad de estas intervenciones (Gil, Breitbart, 2013).

### **Limitaciones y propuestas de mejora**

En cuanto a las limitaciones que hemos podido encontrarnos tras la realización de este programa de intervención cabe destacar que pocas unidades de diálisis hospitalarias cuentan con la presencia de un psicólogo que pueda ayudar a los pacientes a afrontar en mejor medida su enfermedad renal.

También hemos podido comprobar que existe escasa evidencia sobre la efectividad de las intervenciones psicológicas en pacientes con enfermedad renal crónica, centradas en ayudar al paciente a vivir plenamente y con sentido en sus peores momentos, y, específicamente, no existen trabajos que hayan aplicado la Psicoterapia Centrada en el Sentido en pacientes renales crónicos.

Además, tampoco hay una clara evidencia de programas de intervención psicológica en pacientes con enfermedades renales, por lo que es importante que se implementen y se lleven a cabo con estos pacientes.

Y por último, cabe destacar la dificultad a la hora de encontrar resultados derivados de intervenciones psicológicas con pacientes renales. Por todo ello, futuras investigaciones deberán poner en práctica y probar la efectividad de programas como el planteado en este trabajo, comparando su efectividad con la ausencia de tratamiento y con otras intervenciones que no incluyan módulos de trabajo centrados en el sentido de la vida.

## Referencias

- Alan, J., y Shawna, L. (2002). Psychological Factors in End-Stage Renal Disease: An Emerging Context for Behavioral Medicine Research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70 (3), 712-724. Doi: 10.1037//0022-006X.70.3.712
- Breitbart, W., Rosenfeld, B., Gibson, C., Pessin, H., Poppito, S., Nelson, C., et al. (2010). Meaningcentered group psychotherapy for patients with advanced cancer: a pilot randomized controlled trial. *Psychooncology*, 19 (1), 21-28.
- Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4, 92-100. Doi: 10.1207/s15327558ijbm0401\_6
- Fernandez-Abascal, E.G., Martín Díaz, M.D., y Dominguez Sanchez, F. J. (2003). Factores de riesgo e intervenciones psicologicas eficaces en los trastornos cardiovasculares. *Pscothema*, 15(4), 615-630. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72715416>
- Friend, R., Singletary, Y., Mendell, N. R., & Nurse, H. (1986). Group participation and survival among patients with end-stage renal disease. *American Journal of Public Health*, 76, 670–672.
- García-Alandete, J., Rosa Martínez, E. and Sellés Nohales, P. (2013). Estructura factorial y consistencia interna de una versión española del Purpose-In-Life Test. *Universitas Psychologica*, 12(2), 517-530.
- Gil Moncayo, F., y Breitbart, W. (2013). Psicoterapia centrada en el sentido: “Vivir con sentido”. Estudio piloto. *Psiconcología*, 10 (2-3), 233-245. Doi: 10.5209/rev\_PSIC.2013.v10.n2-3.43446
- Gómez Carracedo, A., Arias Muñana, E., y Jimenez Rojas, C. (2006). *Tratado de Geriatria para residentes: Insuficiencia Renal Crónica*. Recuperado de <https://www.segg.es/tratadogeriatria/main.html>
- Hener, T., Weisenberg, M., & Har-Even, D. (1996). Supportive versus cognitive-behavioral intervention programs in achieving adjustment to home peritoneal kidney dialysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 731–741.

- Huertas-Vieco, MP., Pérez-García, R., Albalade, M., Sequera, P., Ortega, M., Puerta, M., Corchete, E., y Alcázar, R. (2014). Factores psicosociales y adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes en hemodiálisis crónica. *Revista Nefrología: Órgano Oficial de la Sociedad Española de Nefrología*, 34 (6), 737-42. Doi: 10.3265/Nefrologia.pre2014.Jul.12477
- Jansen, D., Heijmans, M., Rijken, M., y Kaptein, A. (2010). The Development of and First Experiences with a Behavioural Self-regulation: Intervention for Endstage Renal Disease Patients and Their Partners. *Journal of Health Psychology*, 16 (2), 274-283. Recuperado de <http://hpq.sagepub.com/content/16/2/274>
- Jerez, A.C. (2012). *Alteraciones psicológicas frecuentes en pacientes con insuficiencia renal crónica*. Informe de investigación sobre alteraciones psicológicas frecuentes en pacientes con insuficiencia renal crónica del servicio de nefrología del hospital IESS de la ciudad de Ambato en el periodo Septiembre 2011. Universidad Técnica de Ambato, Ecuador.
- Kanfer, F. y Goldstein, A. (1980). *Helping people change*. Nueva York: Pergamon Press.
- Leake, R., Friend, R., & Wadhwa, N. (1999). Improving adjustment to chronic illness through strategic self-presentation: An experimental study on a renal dialysis unit. *Health Psychology*, 18, 54–62.
- Montañés Bermúdez, R., Gracia García, S., Pérez Surribas, D., Martínez Castela, A y Bover Sanjuán, J. (2011). Documento de Consenso: Recomendaciones sobre la valoración de la proteinuria en el diagnóstico y el seguimiento de la enfermedad renal crónica. *Revista Nefrología: Órgano Oficial de la Sociedad Española de Nefrología*, 31 (3), 331-314. Doi: 10.3265/Nefrología.pre2011.Jan.10807
- Perales-Montilla, C., Duschek, S., y Reyes-del Paso, G.A. (2013). Influencia de los factores emocionales sobre el informe de síntomas somáticos en pacientes en hemodialisis crónica: relevancia de ansiedad. *Revista Nefrología: Órgano Oficial de la Sociedad Española de Nefrología*, 33 (6), 816-25. Doi: 10.3265/Nefrologia.pre2013.Aug.12097

- Perales Motilla, C., Duschek, S., y Reyes del Paso, G. (2016). Calidad de vida relacionada con la salud en la enfermedad renal crónica: relevancia predictiva del estado de ánimo y la sintomatología somática. *Revista de la Sociedad Española de Nefrología*, 36 (3), 275-282. Recuperado de <http://creativecommons.org/licencias/by-nc-cn/4.0/>
- SantaCruz, P.L., Rangel, M.E., Navas, N., y Bolívar, Z. (2006). La visión integradora biopsicosocial como estrategia ante el paciente con enfermedad renal crónica (ERC): Requisito contemporáneo. *Nefrología*, 26, 5, 635-636.
- Beck, A. T., Steer, R. A., y Brown, G. K. (1996). BDI-II. Beck Depression Inventory-Second Edition. Manual. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. y Lushene, R. E. (2008). STAI. Cuestionario de ansiedad estado-rasgo (7ª ed. rev.). Madrid: TEA.
- Urrego, S. C., Sierra, F. A., & Sánchez, R. (2015). Desarrollo de una intervención centrada en espiritualidad en pacientes con cáncer. *Universitas Psychologica*, 14 (1), xx-xx. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.upsy14-1.dice>
- Weinman, J. Petrie, K. J., Moss-Morris, R., & Horne, R. (1996). The illness perception questionnaire: A new method for assessing the cognitive representation of illness. *Psychology and Health*, 11, 431-446.

## **Anexos**

### **Anexo 1**

#### **Ejercicio 1: DINÁMICA PARA CONOCERNOS**

La realización de esta dinámica, consiste en buscar cuales de los compañeros/as tienen esas características o gustos que hay a continuación. Una vez que se identifique quienes las tienen, deberán escribir el nombre al lado. Es una manera de conocerse un poco más de forma dinámica y aprenderse los nombres de cada uno. Para generar confianza dentro del grupo.

Busca y rellena con el nombre de alguien que....

1. Su nombre comience con la misma letra que el tuyo:
2. Que no viva en Valencia (capital)
3. Que su plato favorito sea la paella valenciana
4. Que haya viajado a Paris
5. Que vivía fuera de Valencia
6. Que tenga trabajo
7. Que le guste el deporte
8. Que sea voluntario
9. Que este en alguna asociación

#### **Información del programa**

A continuación, léase el siguiente esquema sobre cuáles van a ser los diferentes módulos del programa y los temas que se van a tratar en cada uno de ellos. Para estar informado de cómo se estructura el programa de intervención psicológica.

Es un programa basado en la intervención cognitiva conductual y el sentido de la vida. Esta formado por cinco módulos con sesiones semanales de duración entre una hora y media o dos horas aproximadamente. Todas las sesiones se realizaran de forma grupal dentro del complejo hospitalario.

<b>Módulos</b>	<b>Temas</b>
Módulo psicoeducación	Enfermedad Renal Crónica (ERC)
Módulo relajación	Técnicas de relajación y respiración
Módulo regulación emocional	Identificación de emociones y regulación.
Módulo resolución de problemas y autocontrol	Estrategias de afrontamiento y autocontrol
Módulo de sentido de la vida	Sentido de la vida y metas



## Anexo 2

### ¿QUÉ ES LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA (ERC)?

La enfermedad renal crónica es una disminución de la función renal, la cual provoca un daño renal persistente al menos durante tres meses. Una de las causas más comunes es la existencia de proteína o albumina en la orina de manera persistente o también viene dada por una alteración del filtrado glomerular.

#### 1. Cambios de vida y órganos afectados

Los órganos afectados por esta enfermedad, principalmente son los riñones aunque también puede provocar daños cardiovasculares.

A nivel psicológico, el paciente puede presentar altos niveles de ansiedad y depresión. También deterioro cognitivo. Esto viene dado por la duración y cronicidad de la enfermedad y el pronóstico que presente cada persona.

Una de las mayores causas de este tipo de reacciones es la incertidumbre sobre el futuro y el miedo a perder la vida. Así como, sentimientos de impotencia y pérdida de esperanza

<b>Físico</b>	<b>Psicológico</b>
Riñones	Ansiedad
Daños cardiovasculares	Depresión
	Deterioro cognitivo
	Sentimientos de impotencia
	Perdida esperanza

#### 2. Factores de riesgo y factores de protección

Factores de riesgo	Factores de protección
Estado de ánimo negativo	Habilidades de afrontamiento
Baja percepción de control de la enfermedad	Manejo del estrés
Baja adherencia al tratamiento	Control sobre la enfermedad
Uso abusivo de fármacos	Adherencia al tratamiento
Incumplimiento de indicaciones nefrológicas (dieta baja en proteínas y sal)	Habilidades de resolución de problemas
Falta ejercicio físico	Autoeficacia y alta autoestima
Pocas estrategias de afrontamiento	Actitud positiva
Baja autoeficacia	Apoyo social
	Sensación de sentido de la vida

### 3. Modos de tratamiento

Existen distintos modos de tratamiento una vez diagnosticada la enfermedad

1. Modificación en la dieta mediante una restricción proteica y la ingesta de 35-40Kcal/kg/día aproximadamente de calorías que deben ser hidratos de carbono el 50-60% y el resto lípidos. También es recomendado una reducción de sal en la dieta, eliminación consumo de alcohol y control sobrepeso.
2. Tratamiento sustitutivo renal que está compuesto por; diálisis cuya función principal es la depuración renal y existen diferentes modalidades:
  - Diálisis peritoneal
  - Hemodiálisis
  - Trasplante renal

### Anexo 3

#### ¿QUÉ ES UNA EMOCIÓN?

Son un tipo específico de sentimiento o un conjunto de ellos que se activan como respuesta a un acontecimiento particular. Como por ejemplo: cuando una persona recibe un alago por algo que ha hecho, nos ponemos contentos o cuando sentimos miedo por una situación que no controlamos.

Las emociones tienen tres componentes básicos:

1. El componente neurofisiológico: se manifiesta con respuestas fisiológicas como taquicardia, sudoración, vasoconstricción, hipertensión, sequedad de boca, cambios en la respiración, etc.
2. El componente conductual: tiene que ver con el lenguaje corporal: gestos, posturas y tono de voz.
3. El componente cognitivo: va en relación a todo aquello que pensamos y con nuestras experiencias y vivencias previas, nos condiciona a etiquetar aquello que sentimos.

**Ejercicio 1:** Rellene el registro según identifique su emoción.

Emoción	Componente fisiológico	Componente conductual	Componente cognitivo	Nivel de respuesta a nivel conductual (conductas en exceso y en defecto)

#### Referencia:

Canales Rodríguez, E., Abauza Canales, G., Dimas Márquez, S. S., Martínez Rodríguez, R.C., Ramos Hernández, L., Benítez, L. (2010). *Cómo convertirte en el detective de tus propias emociones: Aprendiendo a manejar emociones en secundaria para desarrollar aptitudes resilientes*. Recuperado de <file:///C:/Users/maria/OneDrive/Desktop/ejercicios%20para%20detectar%20emociones.pdf>

## **Anexo 4**

### **RELAJACIÓN PROGRESIVA DE JACOBSON**

#### **1. ¿Qué es?**

Es un método de carácter fisiológico, orientado a un reposo muscular intenso. Su entrenamiento favorece a una relajación profunda sin apenas esfuerzo, permitiendo establecer un control voluntario de la tensión distensión que llega más allá del logro de la relajación en un momento dado.

Permite conocer la unión íntima entre la tensión muscular y estado mental tenso, mostrando como liberar uno, implicando liberar el otro. Progresiva significa que se va alcanzando estados de dominio y relajación de forma gradual aunque continua, poco a poco, pero a la vez más intensa, más eficaz. No es un método breve, ni sus efectos tampoco.

Con su práctica, se logra disminuir estados de ansiedad generalizados, relajar tensión muscular, facilitar la conciliación del sueño.

#### **2. ¿Cómo se hace?**

Este método tiene tres fases:

- La primera fase se denomina de tensión-relajación. Se trata de tensionar y luego relajar diferentes grupos de músculos en todo su cuerpo, con el fin de saber diferenciar un estado de tensión muscular y otro de relajación muscular. Se debe tensionar varios segundos entre cinco y diez minutos y relajar lentamente.
- La segunda fase consiste en revisar mentalmente los grupos de músculos, comprobando que se ha relajado al máximo.
- La tercera fase se denomina relajación mental. Se debe pensar en una escena agradable y positiva posible o en mantener la mente en blanco, se trata de relajar la mente a la vez que continua relajando todo el cuerpo.

Estas fases deben durar entre 10 y 15 minutos.

### 3. Entrenamiento

- Posición inicial: Cierra los ojos, siéntate en el sillón o acuéstate en la cama lo más cómodamente para que tu cuerpo pueda relajarse al máximo posible.

#### *1º FASE: Tensión-relajación*

- Relajación de cara, cuello y hombros con el siguiente orden (repetir cada ejercicio tres veces con intervalos de descanso de unos segundos):

Frente: Arruga unos segundos y relaja lentamente.

Ojos: Abrir ampliamente y cerrar lentamente.

Nariz: Arrugar unos segundos y relaja lentamente.

Boca: Sonreír ampliamente, relaja lentamente.

Lengua: Presionar la lengua contra el paladar, relaja lentamente.

Mandíbula: Presionar los dientes notando la tensión en los músculos laterales de la cara y en las sienes, relaja lentamente.

Labios: Arrugar como para dar un beso y relaja lentamente.

Cuello y nuca: Flexiona hacia atrás, vuelve a la posición inicial. Flexiona hacia adelante, vuelve a la posición inicial lentamente.

Hombros y cuello: Elevar los hombros presionando contra el cuello, vuelve a la posición inicial lentamente.

- Relajación de brazos y manos:

Contraer, sin mover, primero un brazo y luego el otro con el puño apretado, notando la tensión en brazos, antebrazos y manos. Relaja lentamente.

- Relajación de piernas: Estirar primero una pierna y después la otra levantando el pie hacia arriba y notando la tensión en piernas: trasero, muslo, rodilla, pantorrilla y pie. Relaja lentamente.

- Relajación de tórax, abdomen y región lumbar (estos ejercicios se hacen mejor sentado sobre una silla):

Espalda: Brazos en cruz y llevar codos hacia atrás. Notará la tensión en la parte inferior de la espalda y los hombros.

Tórax: Inspirar y retener el aire durante unos segundos en los pulmones. Observar la tensión en el pecho. Espirar lentamente.

Estómago: Tensar estómago, relajar lentamente.

Cintura: Tensar nalgas y muslos. El trasero se eleva de la silla.

### *2ª FASE: repaso*

- Repasa mentalmente cada una de las partes que hemos tensionado y relajado para comprobar que cada parte sigue relajada, relaja aún más cada una de ellas.

### *3ª FASE: relajación mental*

- Finalmente piensa en algo agradable, algo que te guste, que sea relajante, una música, un paisaje, etc., o bien deja la mente en blanco.

### **Referencia:**

Universidad de Almería. Programa autoaplicado para el control de la ansiedad ante los exámenes. [Página web] Recuperado de <file:///C:/Users/maria/OneDrive/Desktop/relajacion%20jac.pdf>

## **Anexo 5**

### **RESPIRACIÓN DIAFRAGMÁTICA O ABDOMINAL**

Esta respiración consiste en hinchar el vientre moviendo el diafragma (el musculo que separa la cavidad torácica del vientre) cuando cogemos aire, el diafragma baja y empuja al abdomen dando la impresión de que este se hincha.

Los beneficios que podemos encontrar tras su realización son algunos de los siguientes: lleva gran cantidad a los pulmones, promueve la oxigenación en sangre, estimula el movimiento del corazón, mejora la circulación, descongelación del hígado, ayuda al tránsito intestinal, etc. Pero cabe destacar, que activa el sistema parasimpático por lo que es muy relajante, libera la ansiedad.

#### **¿Cómo se practica?**

Para aprender es útil acostarse boca arriba cómodamente, y una vez aprendido podrá realizarlo sentado, de pie, caminando. Según lo vayas practicando lo podrás incorporar en tu vida diaria.

1. Intenta estar de manera cómodo/a , tumbate colocando un cojín bajo tu cabeza y otro si quieres bajo tus rodillas. Pon tus manos en el abdomen, o bien una mano en el pecho y otra en la barriga.
2. Antes de empezar expulsa a fondo el aire de tus pulmones, puedes hacerlo con suspiros, con el fin de vaciar bien el aire residual. Esto automáticamente provocara la necesidad de inspirar más profundamente.
3. Una vez provocado este impulso de respiración profunda, inspira llevando el aire “hacia tu abdomen” como si quisieras empujar hacia arriba las manos posadas en él. Mientras más extiendas el diafragma y más profundo respires, más se hinchara tu vientre.
4. Reten unos segundos el aire en tus pulmones.
5. Cuando notes la necesidad de expulsar el aire, hazlo relajando tu vientre. Este se desinflara y las manos bajaran con él.
6. Quédate un segundo con los pulmones vacíos, sintiendo como poco a poco te vas relajando, y cuando sientas de nuevo el impulso de inspirar, hazlo profundo y lentamente volviendo a llenar tus pulmones mientras tu abdomen sube. Esta práctica realízala durante al menos 5 minutos al día.

## Anexo 6

### ¿SON TODAS LAS EMOCIONES IGUALES?

No todas las emociones son iguales diferenciamos entre:

- Emociones negativas: son el resultado de una evaluación desfavorable en relación a nuestro bienestar. lo experimentamos como algo negativo y requiere mucha energía para afrontarlo.
- Emociones positivas: al contrario de las emociones negativas, estas son el resultado de una evaluación favorable respecto a nuestro bienestar. por tanto, estas emociones son agradables para nosotros. El sentir todas estas emociones positivas como amor, alegría, felicidad, satisfacción es un factor fundamental que nos ayuda a tener una mejor calidad de vida.

Es importante saber que tanto las emociones positivas como negativas bien manejadas nos ayudan a tener un mejor desarrollo y bienestar personal.

### ¿Qué es la regulación emocional?

Todas las emociones influyen en la vida de las personas y manejan sus acciones, es decir aquel que se sienta contento tendrá más energía para realizar una actividad por el contrario aquel que se sienta triste no tendrá motivación para hacer una actividad adelante.

La regulación emocional es la capacidad que aprendemos a desarrollar y perfeccionar con base en un entrenamiento específico y sirve para evitar respuestas emocionales descontroladas en diferentes situaciones como puede ser en una situación de ira. Va en relación con la capacidad de percibir, sentir, y vivenciar nuestro estado afectivo para usarlo en nuestro beneficio y crecimiento personal.

Con su entrenamiento aprendemos a reconocer los propios sentimientos, necesidades, deseos, motivaciones, a las personas, situaciones y pensamientos que nos pueden causar determinadas emociones y por consiguiente las consecuencias y reacciones que nos provocan y de qué manera nos afectan.



## NIVEL DE RESPUESTA A NIVEL EMOCIONAL FISIOLÓGICO

EMOCIÓN	INTENSIDAD DE LA EMOCIÓN	DURACIÓN DE LA EMOCIÓN

### Ejercicio 2

#### Tu diario emocional

En este ejercicio cada paciente tendrá que coger un bolígrafo y papel y comenzar a escribir todo aquello que les venga a la mente respecto a las emociones que han sentido en los últimos días.

Consiste en escribir palabras sencillas como por ejemplo “estoy enfadado/o”, “me siento solo/a”, etc. Y después intentar argumentar qué hace qué te sientas así, qué podrías hacer para sentirte mejor. Con el fin tener pequeños escalones que te permitirán un equilibrio emocional cuando.

#### Referencia:

Canales Rodriguez, E., Abauza Canales, G., Dimas Márquez, S. S., Martinez Rodriguez, R.C., Ramos Hernández, L., Benitez, L. (2010). *Cómo convertite en el detective de tus propias emociones: Aprendiendo a manejar emociones en secundaria para desarrollar aptitudes resilientes*. Recuperado de <file:///C:/Users/maria/OneDrive/Desktop/ejercicios%20para%20detectar%20emociones.pdf>

## Anexo 7

### TERAPIA COGNITIVA

La terapia cognitiva se basa en una teoría de la psicopatología que mantiene que la percepción y la estructura de las experiencias del individuo determinen sus sentimientos y conductas. Es decir, se trata de una organización conceptual abstracta de valores, creencias, metas personales, de las que podemos o no ser conscientes. Los esquemas pueden inactivos y ante cualquier situación difícil activarse, produciendo distorsiones cognitivas y cogniciones automáticas.

Distorsión cognitiva: son errores de procesamiento de la información, Beck identifica los siguientes en la depresión: inferencia arbitraria, abstracción selectiva, sobregeneralización, maximización, minimización, personalización y pensamiento dicotómico. También pueden aparecer adivinación del pensamiento, razonamiento emocional, descalificación de lo positivo, los “debería” o culpabilización.

Pensamientos automáticos: son los contenidos de esas distorsiones cognitivas derivadas de la confluencia de la valoración de los supuestos personales. Son mensajes específicos, creídos a pesar de ser irracionales, involuntarios y difíciles de controlar, dramatización sobre la experiencia y conllevan una visión túnel de la situación.

#### Ejercicio 2:

#### DOS TIPOS DE PENSAMIENTOS: DETECTANDO MIS PENSAMIENTOS IRRACIONALES

IRRACIONAL	RACIONAL
SE BASA EN APRENDIZAJES PREVIOS (ocurridos en el pasado)	SE BASA EN HECHOS ACTUALES (hechos que están ocurriendo ahora)

<b>ABSOLUTISTA</b> (Todo/nada, Siempre/Nunca, etc.)	<b>CON MATICES:</b> a veces, algunas personas, etc.
<b>“ADIVIDA “ EL FURUTO</b> (Expresa certeza absoluta sobre cosas que aún no han ocurrido)	<b>PERMITE LA INCERTIDUMBRE Y SE ORIENTA A SOLUCIONES.</b> Eje: tengo miedo de que me echen del trabajo ¿Qué puedo hacer?
<b>EXPRESA EXIGENCIAS</b> (a uno mismo, a los demás: “debería, deberían...	<b>EXPRESA PREFERENCIAS O PETICIONES:</b> a mí me gustaría, yo quiero...
<b>ES RIGIDO:</b> distorsiona la forma de percibir la realidad para que encaje con nuestros miedos y creencias negativas.	<b>ES FLEXIBLE:</b> cambia ante los hechos que contradicen nuestros miedos.
<b>HACE SUFRIR INECESARIAMENTE Y BLOQUEA LA SOLUCION O ACEPTACION DE LAS COSAS</b>	<b>ALIVIA, TRANQUILIZA Y AYUDA A RESOLVER LAS SITUACIONES O ACEPTARLAS COMO SON</b>

Los pacientes deberán de rellenar esta tabla con los pensamientos que están experimentando a lo largo de la semana. Con el fin de que ellos mismos sean capaces de detectar ese pensamiento negativo o distorsionado acerca de la realidad. Y a su vez, sean capaces de transformarlos de manera racional para conseguir vivir plenamente y con tranquilidad.

### Ejercicio 3: Registro de pensamiento

SITUACIÓN	PENSAMIENTO AUTOMÁTICO	GRADO VERACIDAD 0-100	RESPUESTA EMOCIONAL	INTENSIDAD EMOCIONAL 0-100	PENSAMIENTO RACIONAL	RESULTADO

### Referencia:

Giner Gosalbez, N., Irondo Villaverde, O., López Moreno, T., Martín Avila, E., Russo Ferrari, C., y Vargas Villate, A. C. (2015). Fichas de psicoterapias Manualizables. Cuadernos de Salud Mental del 12. [Página web] Recuperado de [file:///C:/Users/maria/OneDrive/Desktop/Cuad%20SM%20del%2012%20-%2010%20\(2015\).pdf](file:///C:/Users/maria/OneDrive/Desktop/Cuad%20SM%20del%2012%20-%2010%20(2015).pdf)

## Anexo 8

### TERAPIA DE RESOLUCION DE PROBLEMAS

Es una técnica que hace posible que el individuo tenga disponible una variedad de alternativas de respuesta potencialmente eficaces para enfrentarse a 1 problema y aumenta la posibilidad de escoger la respuesta más eficaz.

Cuenta con 5 fases con un orden útil para su aplicación, pero este no implica unidireccionalidad, es un proceso activo y flexible incluyendo avances y retrocesos:

1. **Orientación al problema:** la orientación del individuo ante una situación incluye en su manera de responder, y se trata de observar que actitud previa puede estar dificultando un buen afrontamiento del problema. (sentimientos de impotencia, expectativas no realista, etc.) se trata de favorecer una orientación constructiva hacia el problema, promover reflexividad y aprender a identificar situaciones-problema.
2. **Formulación y definición del problema:** el fin es evaluar el problema e identificar una solución realista. Para ello es importante, recoger la información relevante, especificar claramente el problema con términos claros y concisos, determinar las causas que mantienen el problema y formular objetivos concretos y realistas.
3. **Generación de alternativas:** el objetivo es conseguir generar el mayor número de alternativas posibles y la mejor solución es la tormenta de ideas, a través de tres principios: de cantidad, aplazamiento del juicio y variedad.
4. **Toma de decisiones:** el fin es seleccionar la mejor alternativa o combinación de alternativas para maximizar los resultados positivos y minimizar los negativos.
5. **Puesta en práctica de la decisión tomada y verificación de resultados:** debe comprobarse empíricamente, aplicándola a la vida real y observando y registrando los resultados. Esta fase consta de cuatro fases: ejecución, autoobservación, autoevaluación y autoesfuerzo.

#### Ejercicio 5: Convierte tu debilidad en fortaleza

Como tarea en esta sesión, se les pedirá a los pacientes traer una lista de todos los problemas con los que se han encontrado durante la semana. Con este ejercicio podemos trabajar de manera grupal, exponiendo los problemas en conjunto y a su

vez buscando una resolución de los mismos entre todos. Para después, poder revisar entre todos cómo los han afrontado los problemas. No se trata de solucionar problemas individuales sino de aprender y practicar estrategias de superación en diferentes situaciones.

CONDUCTA PROBLEMA	ESTRATEGIA DE AFRONTAMIENTO

#### **Referencia:**

Giner Gosalbez, N., Irondo Villaverde, O., López Moreno, T., Martín Avila, E., Russo Ferrari, C., y Vargas Villate, A. C. (2015). Fichas de psicoterapias Manualizables. Cuadernos de Salud Mental del 12. [Página web] Recuperado de [file:///C:/Users/maria/OneDrive/Desktop/Cuad%20SM%20del%2012%20-%2010%20\(2015\).pdf](file:///C:/Users/maria/OneDrive/Desktop/Cuad%20SM%20del%2012%20-%2010%20(2015).pdf)

## **Anexo 9**

### **TECNICA DE AUTOCONTROL**

Son aquellos procesos de terapia que se encargan de enseñar a la persona estrategias para controlar o modificar su propia conducta a través de distintas situaciones, con el objetivo de alcanzar metas a largo plazo.

La idea es aprender a disminuir comportamientos excesivos como por ejemplo adicciones adversas e incrementar comportamientos beneficiosos como por ejemplo habilidades sociales o cambiar respuestas inadecuadas como es no asumir responsabilidades. Para ello, es importante trabajar por ejemplo la asertividad.

#### **Ejercicio 6: Mejora tu calidad de vida. Siéntete sano**

Dentro de esta sesión, cada paciente deberá elegir una conducta problema como por ejemplo dieta baja en sal. El paciente observará y registrará esa conducta para ser modificada. Una vez registrada, deberá poner en práctica el control de la conducta siguiendo la técnica de actuación o reducción. Finalmente se expondrán las conductas que han modificado cada uno y se compartirán logros conseguidos.

<b>CONDUCTA PROBLEMA</b>	<b>TECNICA DE AUTOCONTROL</b>

## **Anexo 10**

### **TERAPIA CENTRADA EN EL SENTIDO DE LA VIDA (SV)**

El objetivo principal de la Psicoterapia de Grupo Centrada en el Sentido (PGCS) es ayudar a los pacientes a vivir con sentido de manera plena, ampliando el sentido de su vida, viviendo en paz y con un objetivo en la vida. Es decir, ayudar a los pacientes a que busquen el sentido de su vida a pesar de la incertidumbre y las limitaciones de la propia enfermedad, reanudando antiguos momentos con sentido y buscando nuevos. También buscando nuevas formas de reengancharse a la vida, aceptando lo que no se puede cambiar y lo que podemos superar, y mejorando la adaptación psicológica a través de darle sentido a la vida.

#### **Ejercicio 8: Álbum de la vida**

En esta tarea, los pacientes tendrán que identificar conductas significativas a lo largo de su historia de vida para crear un álbum donde se recogerán todos los momentos importantes que han vivido. A su vez anotarán todas las frases relevantes que refieran en relación a estos momentos. Tras la finalización del álbum se compartirá entre todos para ser conscientes del sentido y el valor de las experiencias vividas y logros alcanzados.

#### **Ejercicio 9: Video de superación**

En este ejercicio se expondrá un video de un personaje que haya superado un obstáculo a lo largo de su vida. Con el fin de que los pacientes puedan detectar sus limitaciones y a la vez identificar cuales se pueden modificar y cuáles no, mediante las fortalezas de cada uno tras las debilidades que ya hayan superado. Para así, poder construir nuevas metas y propósitos.

<https://youtu.be/b8UZw85QbPU>

#### **Referencia:**

LaslocurasdeMongo (canal oficial). (30 Noviembre de 2018). *10 autores de Avengers (los vengadores) que vencieron a sus enfermedades*. Recuperado de <https://youtu.be/b8UZw85QbPU>